



**بناام خدا**

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی قزوین

# **تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر مراحل تغییر بر انگیزه ترک، مقبولیت اجتماعی و اجبار متصور برای تکمیل درمان ترک مواد**

**استاد راهنما:**

**دکتر عیسی محمدی زیدی**

**دانشجو:**

**مریم ایلداری لوحه سرا**

**دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت**

**تأبستان ۹۹**



## بیان مسئله و مقدمه

□ **اعتیاد:** اعتیاد یک آسیب و معضل بهداشتی، روانشناختی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی در تمامی جوامع

□ **سوء مصرف مواد:** مصرف غیرقانونی و غیردارویی هر ماده ای که موجب مشغله ذهنی، بی ارادگی، تغییر خلق، اختلالات حرکتی، روانشناختی با ضرر و زیان به فرد و جامعه

□ **براساس UNDCP:** کمتر از ۱۰٪ جمعیت جهان مصرف کننده مواد مخدر می باشند (باشیوع بالا در جوانان )

□ **گزارش ۲۰۱۹ سازمان ملل متحد:** شیوع اعتیاد در ایران ۲.۸٪ (صاحب بیشترین معتاد در جهان )

□ **ایران:** رتبه اول مصرف کننده تریاک در جهان با نرخ رشد بیش از ۳ برابر جمعیت

□ **سابقه مصرف مواد در دانشجویان:** هنر (۳۰٪)، علوم انسانی (۸/۸۵٪)، فنی (۶٪)، پزشکی (۵٪)

□ **مدیریت و روش های مقابله سوء مصرف مواد مخدر: پیشگیری، درمان و کاهش تلفات**

□ **اهمیت و خصوصیات ترک صحیح و تداوم ترک:**

لزوم توجه به نیازهای منحصر به فرد در درمان، درمان زود هنگام، ادامه آن، درمان ترکیبی، دارو درمانی و ارزیابی پیوسته



هدف کلی درمان دستیابی به بالاترین حد عملکرد فردی و نگهداری آن (زندگی بدون مواد، ارتقا عملکرد فردی و پیشگیری از عود)

### □ اهمیت آموزش در حوزه پیشگیری از اعتیاد و آموزش در سطح سوم وابستگی:

لزوم اهمیت آموزش مهارت های زندگی (خود آگاهی/همدلی، ارتباط/روابط بین فردی، تصمیم گیری/حل مسئله، تفکر خلاق/انتقادی، مقابله با هیجانات/ترس) برای غلبه بر عزت نفس پایین-نا توانی در بیان احساسات و فقدان مهارت ارتباطی و تاثیر پذیری اجتماعی

### □ استفاده از تئوری ها و مدل ها در آموزش سلامت:

بیان عوامل مرتبط با رفتار بصورت سازه

مشخص کردن مسیر و عوامل مرتبط با شکل گیری رفتار و همچنین انطباق آنان با ساختار فرهنگی، اجتماعی موجود

### □ استفاده از رویکرد مراحل تغییر و فوائد آن:

TTM (مدل فرانظری) پرو چاسکا و همکاران ۱۹۸۲: بررسی چرایی و چگونگی تغییر رفتار (طی ۵ مرحله جدا و متوالی) در طی زمان

این مدل مراحل پایدار را با هیچ نظم قطعی یا مسیر خطی طی نمی کند



## دلایل انتخاب مدل مراحل تغییر (stage-matched)

- ❑ کاربرد آن در بسیاری از برنامه‌های مربوط به ارتقاء سلامتی نظیر ترک سیگار، غلبه یافتن بر سوء مصرف الکل و موادمخدر، اختلالات خوردن، و اختلالات ترس و ...
  - ❑ فراهم کردن یک چارچوب مفید برای درک فرایندهای تغییر رفتارهای غیربهداشتی و مشکل آفرین و اتخاذ رفتارهای مثبت
  - ❑ فراهم کردن یک چارچوبی را برای درک چگونگی تصمیم‌گیری افراد برای تغییر رفتارشان و یک مفهوم با ابعاد متعدد (مفهوم بنیادی مدل TTM)
  - ❑ توجه به مرحله آمادگی افراد برای اتخاذ رفتار تازه و تغییر رفتار مشکل آفرین
  - ❑ عدم بکارگیری یک روش یکسان و هماهنگ برای درمان تمام افراد مبتلا به یک اختلال ویژه
  - ❑ یک مدل درمانی با تاکید بر افزایش خودتنظیمی (با غلبه بر وسوسه مراجع)
  - ❑ مکانیسم فرضی برای تغییر درمانی، هماهنگ ساختن نظام شناختی فرد به صورت نزدیک‌تری با واقعیت زندگی خود، برای پذیرش مسئولیت زندگی و تغییرات مورد نظر در آن.
- بنابراین نقش خود مراجع در قبول کردن امکان تغییر توسط خود او هدف درمان مدل مراحل تغییر است.
- ❑ ۵ مرحله تغییر با یک چارچوب زمانی:

پیش تفکر، تفکر، آمادگی، عمل و نگهداری



## ■ اهداف پژوهش

### □ هدف کلی:

تعیین تاثیر مداخله آموزشی مبتنی بر مراحل تغییر بر انگیزه ترک، مقبولیت اجتماعی و اجبار متصور برای تکمیل درمان ترک مواد

### □ اهداف اختصاصی :

مقایسه وضعیت اجبار متصور برای تکمیل درمان ترک مواد در متقاضیان ترک مواد در گروه های تجربی و کنترل قبل و بعد از مداخله آموزشی مبتنی بر مراحل تغییر

مقایسه وضعیت انگیزه ترک در متقاضیان ترک مواد در گروه های تجربی و کنترل قبل و بعد از مداخله آموزشی مبتنی بر مراحل تغییر

مقایسه وضعیت مقبولیت اجتماعی در متقاضیان ترک مواد در گروه های تجربی و کنترل قبل و بعد از مداخله آموزشی مبتنی بر مراحل تغییر

مقایسه وضعیت مراحل آمادگی برای ترک در متقاضیان ترک مواد در گروه های تجربی و کنترل قبل و بعد از مداخله آموزشی مبتنی بر مراحل تغییر

مقایسه تداوم درمان سوء مصرف در متقاضیان ترک مواد در گروه های تجربی و کنترل قبل و بعد از مداخله آموزشی مبتنی بر مراحل تغییر

مقایسه میزان عود در متقاضیان ترک مواد در گروه های تجربی و کنترل قبل و بعد از مداخله آموزشی مبتنی بر مراحل تغییر

### □ اهداف کاربردی :

انتظار می رود یافته های حاصل از مطالعه زیر با فهم و درک عمیق عوامل روان شناختی مؤثر بر تداوم حضور در پروتکل درمان و ترک مواد بتواند یک بسته مداخله ای مناسب رابه مسئولان ذیربط (کارشناسان بهداشتی و درمانی، پزشکان متخصص ترک، مراکز و کلینیک های سوء مصرف، اداره کل مبارزه با مواد مخدر و ...) در راستای پیشگیری از عود مصرف مواد و بهبود کیفیت زندگی افراد دچار سوء مصرف مواد ارائه کند .



## فرضیات پژوهش یا سوالات پژوهشی

میانگین نمره متغیر **اجبار متصور** برای تکمیل مراحل ترک مواد در متقاضیان گروه های تجربی و کنترل قبل و بعد از آموزش متفاوت است .

میانگین نمره **انگیزه برای ترک** در متقاضیان گروه های تجربی و کنترل قبل و بعد از آموزش متفاوت است .

میانگین نمره **مقبولیت اجتماعی** در متقاضیان گروه های تجربی و کنترل قبل و بعد از آموزش متفاوت است .

وضعیت **مراحل آمادگی** برای تغییر در متقاضیان گروه های تجربی و کنترل قبل و بعد از آموزش متفاوت است .

میانگین نمره **تداوم برای ترک** در متقاضیان گروه های تجربی و کنترل قبل و بعد از آموزش متفاوت است .

میانگین نمره **میزان عود** در متقاضیان ترک مواد در گروه های تجربی و کنترل قبل و بعد از آموزش متفاوت است.



## متغیرهای روانشناختی

### □ انگیزه برای ترک

**انگیزه: عنصر اصلی آمادگی فرد برای مداخله جهت تغییر رفتار**  
مهمترین پیشگویی کننده تعامل و حفظ آن برای توانبخشی، ترک و درمان سوءمصرف مواد

انگیزه های ترک سوء مصرف: ۱- درونی مانند (علل جسمی و روانی) ۲- انگیزه های بیرونی مانند (علل اقتصادی - اجتماعی و خانوادگی) ۳- جستجو کمک بین فردی ۴- اطمینان به درمان

در طراحی مداخلات به منظور حفظ سطح بالایی از انگیزش در راستای تداوم ترک: باید پیام هایی به صورت منظم و مکرر برای فرد تدارک دیده شود که ضمن ارائه بازخوردهای مثبت، خطرات عود را گوشزد نماید.

### □ مقبولیت اجتماعی

**پذیرش اجتماعی:** درک فرد از جامعه با توجه به خصوصیات سایر افراد (اعتماد به خوب بودن ذاتی دیگران و نگاه مثبت)

**سلامت روانی اجتماعی:** پذیرش خود با تمام ضعف ها و پذیرش افراد در جامعه

**ابعاد پذیرش اجتماعی:** علاقه به دیگران، تعهد به خانواده، مشارکت در فعالیتهای زندگی که ضعف در آن ها موجب بروز رفتارهای انحرافی در فرد

**پذیرش اجتماعی:** مقاوم کردن افراد در برابر مشکلات روحی و جسمی



## متغیرهای روانشناختی

بطور کلی مراجعانی که سطح بالاتری از مشارکت دارند بیشتر به درمان پاسخ می دهند و نگرش بیماران نسبت به حمایت دریافتی، مهم تر از میزان حمایت ارائه شده به بیماران می باشد.

حمایت اجتماعی درک شده شامل امداد حاصل از روابط اجتماعی و تعاملات بین فردی می باشد .

**هاوس حمایت اجتماعی را به چهار نوع طبقه بندی نموده است:**

- ۱- حمایت عاطفی (تامین تفاهم، عشق، مراقبت و اطمینان)
- ۲- حمایت اطلاعاتی (تامین اطلاعات، راهنمایی و مشاوره)
- ۳- حمایت ابزاری (تامین همیاری و حمایت ملموس و عینی)
- ۴- حمایت ارزیابی (تامین کمک های ارزشیابی کننده)

**□ اجبار متصور**

اعتیاد مستلزم از دست دادن اراده آزاد است

**اجبار متصور یک ذهنیت است بعنوان درک فرد از فشار برای ورود به درمان که :**  
اجبار درک شده، فشارهای منفی و ندهای جبری

می توان با آموزش : آگاهی از عواقب مصرف و تأثیرات منفی آن بر خود و دیگران، ترس از گرفتاری های قانونی، ترس از آبرو ریزی، از دست دادن شغل و کشیده شدن به کارهای خلاف قانون، ترس از زندان رفتن، ایجاد مشکلات برای ازدواج، استخدام، آگاه شدن فرد از آغاز شکل گیری وابستگی جسمانی، اثرات فردی اعتیاد (عوارض جسمی روانی مصرف مواد) موجب انگیزه برای غلبه بر این اجبار شد .





## مروری بر مطالعات و متون گذشته

ردیف	عنوان	نویسندگان	سال	نتایج و یافته های اصلی
۱	تأثیر برنامه محرومیت و مصاحبه انگیزشی بر انگیزه ترک، پرهیز و کیفیت زندگی	الد میر	۲۰۱۸	مصاحبه انگیزشی : افزایش اهمیت و آمادگی روانی برای ترک مواد و کاهش فراوانی و شدت ولع
۲	بررسی اعتیاد به مواد مخدر و عوامل مرتبط با آن در نوجوانان اتیوپی	سبسیبی	۲۰۱۷	علل گرایش به مواد: ایجاد لذت و هیجان، بیکاری، شکست در موفقیت تحصیلی، اختلاف نظر با خانواده، ناامیدی، فشار همسالان
۳	درمان اصولی و فرد محور و تأثیر آن بر فرایند درمانی و پیامدها	هاچتل	۲۰۱۹	مداخلات شناختی رفتاری فرد محور متناسب با شاخصه های روانی و میزان آمادگی افراد برای تغییر و ترک اعتیاد در مقایسه با مداخلات جامعه محور ظرفیت بیشتری را برای بهبود رضایت از فرایند ترک و تداوم درمان سوء مصرف مواد دارند
۴	اثربخشی درمان ساختارمند ماتریکس بر میزان ولع مصرف، سرسختی و بهزیستی روانی در معتادان مت آمفتامین	محمدی	۲۰۱۸	تأثیر درمان های گروهی و شناختی - رفتاری
۵	تأثیر آموزش مهارت های زندگی بر پذیرش اجتماعی و اعتیاد اینترنتی در دانش آموزان دختر پایه دوم دوره متوسطه دوم شهر کرمانشاه	جعفری سبزمش	۲۰۱۹	آموزش مهارت های زندگی موجب افزایش پذیرش اجتماعی و کاهش اعتیاد اینترنتی در دانش آموزان شد
۶	بررسی اثربخشی معنادرمانی بر کاهش ولع و پیشگیری از بازگشت زنان وابسته به مواد	نیکنام	۲۰۱۸	استفاده از معنادرمانی در کنار سایر روش های درمانی در کاهش عود و افزایش میزان ترک موثر بود

## جمع بندی و نتیجه گیری بیان مسئله

- مطالعات تاکنون تاثیر مداخله آموزشی تئوری محور را بر مقبولیت اجتماعی، انگیزه ترک و اجبار درک شده همزمان بررسی نکرده اند.
- در بسیاری از مطالعات از مدل ها و تئوری ها صرفاً با هدف توصیف و پیش بینی متغیرها و سازه های روانشناختی موثر بر ترک یا انگیزه برای درمان در افراد دچار سوء مصرف مواد استفاده شده است.
- نتیجه بیشتر کار آزمایی ها و مداخلات بر تغییر معنی دار و محسوس تمایل برای ترک، انگیزه برای درمان و کاهش شدت و دفعات سوء مصرف مواد، الکل و سیگار تاکید داشتند.
- نیاز مبرم متقاضیان ترک به آموزش
- یافتن راه های بهتر برای حل این مشکل: دامنه و اثرات زیانبار اجتماعی، پزشکی و خانوادگی
- فرصت مطلوب برای ارتقاء کیفیت زندگی و برگشت آنان به کانون خانواده و جامعه: از طریق بستر مراکز MMT

## مواد و روش کار

□ **نوع مطالعه:** کار آزمایشی کنترل شده تصادفی ( Randomic Control Trial ) RCT

□ **جامعه، مکان و زمان پژوهش:** افراد دچار سوء مصرف مواد مراجعه کننده به مراکز ترک مواد (MMT)، ماسال (گیلان) ، از مهر ۹۸ لغایت تیر ۹۹

□ **روش نمونه گیری:** تصادفی، روش نمونه گیری مستمر از هر مرکز تعداد ۵۵ نفر در قالب گروه های تجربی و کنترل

□ **فرمول محاسبه حجم نمونه :**

با توجه به تحقیقات انجام شده در زمینه های مشابه، و با اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد و با استفاده از فرمول اختلاف انحراف معیارهای دو جامعه مستقل از هم

$$n = (Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2 \cdot (S_1^2 + S_2^2) / d^2$$
$$n = (1.96 + 0.84)^2 \cdot (15.67^2 + 2.35^2) / 10^2$$
$$n = 54.7 \approx 55$$

□ **معیارهای ورود به مطالعه :** مشارکت داوطلبانه و آگاهانه ، سواد خواندن و نوشتن در حد ابتدایی ، عدم ابتلا به اختلالات روانی مانند افسردگی و... اختلالات مزمن مانند دیابت و همچنین معلولیت یا ناتوانی جسمی ، قرار داشتن در ۳ مرحله غیر فعال آمادگی برای تغییر شامل پیش تفکر ، تفکر و آمادگی ( قصد ) .

□ **معیارهای خروج از مطالعه :** عدم مشارکت در یک جلسه آموزشی، قرار داشتن در مراحل فعال آمادگی برای تغییر شامل اجرا و نگهداشت، دریافت مسکن های قوی یا داروهای خارج از نسخه پزشکی، مصرف مواد حتی یک بار.



## ملاحظات اخلاقی

داوطلبانه بودن و اجازه خروج از مطالعه در هر زمان ، محرمانه ماندن اسامی نمونه ها و سایر اطلاعات شخصی  
بمنظور رعایت اخلاق پژوهش ارائه آموزش ها و برنامه مداخله ای برای گروه کنترل در قالب یک بسته آموزشی فشرده پس از  
پایان مطالعه

عدم تداخل پروسه مداخله با برنامه های شخصی و حضور فرد در راحتترین زمان ممکن  
آگاهی کافی درباره اهداف مطالعه به مسئولان پژوهشی، بهداشتی، مدیران مراکز ترک و روانشناسان  
کسب معرفی نامه و رضایت نامه و کد اخلاق رسمی از دانشگاه علوم پزشکی قزوین، نداشتن هزینه شرکت در پژوهش

### ابزار گردآوری و جمع آوری داده ها

مجموعه ای از پرسشنامه های معتبر که روایی و پایایی آنها در مطالعات داخلی و خارجی مورد تایید قرار گرفته اند،  
به شیوه خود ایفاء

## پرسشنامه ها

### □ پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک :

سن، میزان تحصیلات، وضعیت اقتصادی، مالکیت مسکن : شخصی ( ویلایی یا آپارتمانی ) / استیجاری / با خانواده / سایر موارد. مالکیت اتومبیل (بلی/خیر، نوع اتومبیل)، شغل (بیکار، کارمند، آزاد، بازنشسته)، شاخص توده بدنی، ابتلا به بیماری های مزمن (دیابت، قلبی، میگرن، رماتیسم)، تاریخچه ای از حوادث ناگوار در یک تا ۵ سال گذشته (یک سال گذشته شامل ورشکستگی، مشکلات خانواده، اخراج، نوع ماده مصرفی، مدت زمان اعتیاد، دفعات ترک، اولین اقدام رسمی برای ترک.

### □ پرسشنامه مقبولیت اجتماعی :

به منظور ارزیابی میزان مقبولیت اجتماعی از نسخه کوتاه «مقیاس مقبولیت اجتماعی مارلو-کراون (SDS) فرم C رینولدز ۱۹۸۲» دارای **۳۳ سوال** است که به صورت صحیح یا غلط به سوالات پاسخ داده می شود. پاسخ های آزمودنی ها به وسیله کلید مقیاس انطباق داده می شود و جمع مطابقت پاسخ ها با کلید مقیاس نتیجه کلی را برای هر فرد مشخص می کند. در این مقیاس اشخاصی که میانگین نمره بین ۰ تا ۸ امتیاز : اشخاصی هستند که پاسخ های آنان پذیرش اجتماعی را به دنبال ندارد و احتمالاً مورد طرد قرار می گیرند. اشخاصی که میانگین نمره بین ۹ تا ۱۹ امتیاز : به طور متوسط دارای پذیرش اجتماعی هستند و رفتارهای آنان با قواعد و هنجارهای اجتماعی مطابقت می کند. همچنین، اشخاصی که میانگین نمره آنان بین ۲۰ تا ۳۳ امتیاز : رفتار واقعی آنان با قواعد و هنجارهای اجتماعی سازگاری بالایی را نشان می دهد.

روایی و پایایی پرسشنامه مذکور در مطالعات داخلی و خارجی مورد تایید قرار گرفته است .



## پرسشنامه ها

### پرسشنامه انگیزه ترک : Treatment motivation questionnaire

به منظور ارزیابی انگیزه آزمودنی‌ها برای ترک و درمان از پرسشنامه انگیزه ترک TMQ که شامل ۲۶ آیتم است و به شیوه خود گزارشی، استفاده شد. ابتدا توسط دایان و همکاران طراحی شده (۱۹۹۵). در این پرسشنامه آزمودنی‌ها به آیتم‌ها بر اساس **مقیاس لیگرت ۵ درجه‌ای** از ۱ (کاملاً غلط) تا ۵ (کاملاً صحیح) پاسخ می‌دهند.

تجزیه و تحلیل‌های انجام شده بر روی این پرسشنامه نشان داده است که چهار عامل قابل تشخیص را می‌توان با آن اندازه‌گیری کرد که عبارتند از: **انگیزش درونی** (درونی شده، گرچه الزاماً خود تعیین شده نیست)، **انگیزش بیرونی** (فقدان حق انتخاب ادراک شده در درمان جویی و احساسات فشار بیرونی جهت باقی ماندن در درمان)، **درخواست کمک بین فردی** (انگیزش فرد نسبت به سهم کردن مشکلات خود و برقراری ارتباط با افراد دیگر در برنامه درمانی)، و **اعتماد به درمان** (انتظارات از برنامه‌های درمانی).

### در نهایت، چهار زیر شاخه این پرسشنامه هر یک از تعدادی از آیتم‌ها تشکیل شده اند که عبارت است از:

- الف) انگیزه درونی شامل ۱۱ آیتم با دامنه نمرات بین ۱۱ تا ۷۷
  - ب) انگیزه بیرونی که از ۴ آیتم ساخته شده است و دامنه نمرات آن بین ۴ تا ۲۸ است
  - ج) درخواست کمک بین فردی با ۶ آیتم و دامنه پاسخ‌ها بین ۶ تا ۴۲ و در نهایت
  - د) اطمینان به درمان که از ۵ آیتم ساخته شده است و دامنه پاسخ‌های مربوط به آن بین ۵ تا ۳۵ است.
- روایی و پایایی پرسشنامه مذکور در مطالعات داخلی و خارجی مورد تایید قرار گرفته است**

### پرسشنامه اجبار متصور : Perceived Coercion Scale

پرسشنامه اجبار متصور یک مقیاس ۱۵ آیتمی است که از چهار خرده مقیاس تشکیل شده است (مک آرتور). **این خرده مقیاس‌ها عبارتند از:**

- الف) مقیاس تنبیه درک شده که خود از ۵ آیتم تشکیل شده است و دامنه نمرات آن بین ۵ تا ۲۵ است.
- ب) مقیاس فشارهای منفی که شامل ۶ آیتم است و دامنه نمرات آن از ۶ تا ۳۰ است.
- ج) مقیاس درک میزان انصاف در پروسه پذیرش شامل ۳ آیتم با دامنه نمره بین ۳ تا ۱۵ است.
- د) مقیاس واکنش عاطفی از یک سوال با دامنه صفر تا ۱ تشکیل شده است.

**خصوصیات روانسنجی مقیاس مذکور در مطالعات مختلف داخلی و خارجی مورد تایید قرار گرفته است**



## پرسشنامه ها

### پرسشنامه الگوریتم مراحل تغییر :

به منظور ارزیابی مرحله آمادگی روانی آزمودنی ها در راستای تمایل برای تغییر رفتار و حضور در مراحل ترک و تکمیل درمان اعتیاد از مقیاس سنجش تغییر دانشگاه رودایلند (URICA) که توسط پروچاسکا، دیکلمنته و ولیسر (۱۹۸۹) ساخته شده است ، استفاده شد.

این مقیاس دارای یک نمره کل و چهار خرده مقیاس (پیش از تأمل ترک، تأمل برای ترک، عمل به ترک و تداوم تغییر است).

این مقیاس خودگزارشی **۳۲ آیتمی** شامل ۴ زیر شاخه است که مراحل تغییر را اندازه گیری می کند:  
**پیش تفکر، تفکر، عمل و نگهداشت.**

مشارکت کنندگان روی طیف ۵ نقطه ای لیکرتی از ۱ (قویاً مخالفم) تا ۵ (قویاً موافقم) به آیتم ها پاسخ می دهند. خرده مقیاس ها می توانند از لحاظ ریاضی با یکدیگر جمع بسته شوند. (C+A+M+PC). تا نهایتاً نمره آمادگی برای تغییر پیوسته ثانویه را ایجاد کنند که به منظور ارزیابی آمادگی برای تغییر به هنگام ورود به درمان استفاده می شود.

### نمره برش برای جمعیت عمومی در پرسشنامه آمادگی تغییر عبارت از:

نمره ۸ و کمتر از آن بعنوان گروه پیش تفکر؛ نمره ۸-۱۱ بعنوان گروه تفکر؛ نمره ۱۱-۱۴ بعنوان قصد برای عمل و نمره ۱۵-۲۰ بعنوان نگهداری.

**مطالعات داخلی و خارجی روایی و پایایی مقیاس مذکور را مورد تایید قرار داده اند**  
University of Rhodes Island Change Assessment (URICA)



مقدمه

مروری بر منابع

مواد و روش ها

نتایج و بحث

نتیجه گیری

پیشنهادهات

## خصوصیات روانسنجی پرسشنامه مقبولیت اجتماعی، پرسشنامه انگیزه ترک، پرسشنامه اجبار متصور و الگوریتم مراحل تغییر

نام مقیاس	تعداد سوالات	دامنه پاسخ ها	آیتم حذف شده	آلفای کرونباخ	ضریب باز آزمون	CVR	CVI
مقبولیت اجتماعی	۳۳ آیتم	۰-۳۳	—	۰/۸۲۲	۰/۷۹۴	۰/۸۰۳	۰/۸۳۴
انگیزه ترک	۲۶ آیتم	۰-۱۸۲	—	۰/۸۵۶	۰/۷۸۳	۰/۸۴۳	۰/۸۶۱
اجبار متصور	۱۵ آیتم	۰-۴۲	آیتم ۹	۰/۸۹۰	۰/۹۱۱	۰/۸۸۷	۰/۸۱۹
الگوریتم مراحل تغییر	۳۲ آیتم	۰-۲۰	آیتم ۴، ۹، ۲۰، ۳۱	۰/۷۲۳	۰/۷۱۷	۰/۷۴۴	۰/۸۰۷

همان طور که داده ها نشان می دهد می توان نتیجه گرفت که ضریب آلفای کرونباخ و ضریب باز آزمون پرسشنامه مقبولیت اجتماعی به ترتیب حاکی از توافق درونی و پایایی خوب مقیاس می باشد. همچنین، شاخص های CVR و CVI بر روایی محتوایی مقیاس مذکور تاکید کردند. توافق درونی مقیاس انگیزه ترک خوب ولی پایایی آن مناسب بود در عین حال روایی محتوایی آن تایید شد.

ضرایب آلفای کرونباخ و ضریب باز آزمون به ترتیب تایید کننده توافق درونی و پایایی مقیاس های اجبار متصور و الگوریتم مراحل تغییر است.



## تجزیه و تحلیل داده ها

داده ها پس از گردآوری در دو مرحله مقطع پایه و ۶ ماه بعد از مداخله آموزشی تئوری محور وارد نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ شد. **آمار توصیفی:** میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد به همراه آزمون های توصیفی برای بررسی روابط بین متغیرها استفاده شد.

**آزمون های کای اسکوئر** (بررسی ارتباط بین متغیرهای کیفی با یکدیگر)  
**آزمون تی مستقل** (مقایسه تفاوت میانگین متغیرهای کمی بین دو گروه مستقل)  
**آزمون تی زوجی** (مقایسه تفاوت میانگین متغیرهای کمی در یک گروه قبل و بعد از مداخله آموزشی تئوری محور)  
**آنالیز واریانس یک طرفه** (مقایسه میانگین یک متغیر کمی در بین ۳ گروه مستقل از هم یا بیشتر)  
**ضریب همبستگی پیرسون** (مقایسه همبستگی و ارتباط بین متغیرهای کمی با یکدیگر) برای آنالیز داده ها بکار گرفته شد.

ضمناً قبل از آنالیز داده ها، توزیع نرمال داده ها با استفاده از **آزمون کولموگروف اسمیرنف (K-S)** انجام گرفت .

نتایج آزمون نشان داد تمام متغیرها از توزیع نرمال برخوردار هستند ( $P > 0.05$ ). در صورت غیر نرمال بودن توزیع هر یک از متغیرها با روش هایی مختلف همچون معکوس سازی، گرفتن لگاریتم، به توان رساندن، و سایر روشها اقدام به نرمال سازی داده ها می شود و در غیر این صورت از آزمون های معادل ناپارامتریک استفاده می شود.

**همچنین، سطح معنی داری در مطالعه حاضر کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.**



مقدمه

مروری بر منابع

مواد و روش ها

نتایج و بحث

نتیجه گیری

پیشنهادهات

### مراحل پژوهش

انتخاب متقاضیان ترک مواد با داشتن معیار ورود: ۱۱۰ نفر

انتخاب گروه کنترل=۵۵ نفر

انتخاب گروه مداخله =۵۵ نفر

ابزار گردآوری داده ها : پرسشنامه های : اطلاعات دموگرافیک ، مقبولیت اجتماعی ، انگیزه ترک ، اجبار متصور ، الگوریتم مراحل آمادگی تغییر

انجام پیش آزمون

انجام پیش آزمون

بعد از انجام پیش آزمون هیچ مداخله ای صورت نگرفت

انجام مداخله آموزشی توسط پژوهشگر یا روانشناس

انجام پس آزمون

آموزش پس از انجام مداخله و  
پس آزمون در گروه تجربی برای  
رعایت اخلاق پژوهش

تعداد ۵ جلسه آموزش : جلسه اول : معارفه و ارتقاء سطح دانش آگاهی ۶۰ - ۴۵ دقیقه -  
جلسه دوم : بررسی باورهای شخصی تاثیر گذار بر آغاز و تداوم درمان و ترک ۹۰ - ۶۰ دقیقه -  
جلسه سوم : بررسی علل و عوامل موثر بر آغاز درمان و ترک مواد ۹۰ - ۶۰ دقیقه - جلسه  
چهارم : گروه های اجتماعی و تقویت حمایت جمعی ۹۰ - ۶۰ دقیقه - جلسه پنجم : بررسی  
انگیزه های ترک مواد به همراه مشاوره خصوصی ۹۰ - ۶۰ دقیقه

انجام پس آزمون و Follow up  
۶ ماه بعد از گردآوری اولیه  
داده ها

آنالیز داده ها

# محتوی برنامه آموزشی تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر مراحل تغییر بر انگیزه ترک، مقبولیت اجتماعی و اجبار متصور برای تکمیل درمان ترک مواد

ردیف	عنوان جلسه	اهداف جلسه	مدرس	استراتژی	مدت زمان (دقیقه)
جلسه اول	معارفه اولیه ارتقاء سطح دانش و آگاهی	معارفه و آشنایی با اهداف دوره آموزشی - شناسایی انواع مواد، اثرات، عوارض و پیامدها - ویژگی‌های شخصیت سالم - دلایل و چرایی درمان سوء مصرف مواد و ترک دایمی - آشنایی با روش‌های مختلف ترک	مریم ایلداری روان شناس پزشک	سخنرانی + پرسش و پاسخ + پیامک آموزشی + ارائه مطالب از طریق واتساپ	۶۰-۴۵ دقیقه
جلسه دوم	بررسی باورهای شخصی تأثیر گذار بر آغاز و تداوم درمان و ترک	شناسایی نگرش‌ها و عقاید شخصی مثبت تأثیر گذار بر تمایل فرد برای ترک - شناسایی نگرش‌ها و عقاید شخصی منفی مانع آغاز و تداوم ترک سوء مصرف - شناسایی مزایا و فواید ترک سوء مصرف مواد - شناسایی میزان آسیب پذیری هر فرد از پیامدهای جسمانی، روانی و اجتماعی سوء مصرف مواد - شناسایی میزان جدیت و شدت صدمات ناشی از سوء مصرف مواد - اهمیت مسئولیت پذیری و ارزشمندی در قبال خود، خانواده و جامعه - جمع بندی و تصمیم گیری به همراه اخذ تعهد شخصی برای تفکر بیشتر	مریم ایلداری روان شناس پزشک	بحث گروهی + پرسش و پاسخ + سخنرانی کوتاه + ارائه خلاصه مطالب از طریق واتساپ	۹۰-۶۰ دقیقه
جلسه سوم	بررسی علل و عوامل موثر بر آغاز درمان و ترک مواد	تعریف پروتکل‌های درمانی استاندارد - اهمیت درمان و ترک صحیح - تحلیل روانشناختی علل گرایش به سوء مصرف مواد - تحلیل جامعه شناختی علل گرایش به سوء مصرف مواد - دلایل فردی موثر بر تمایل برای درمان و ترک سوء مصرف مواد - دلایل اجتماعی موثر بر تمایل برای درمان و ترک سوء مصرف مواد - دلایل اقتصادی موثر بر تمایل برای درمان و ترک سوء مصرف مواد	مریم ایلداری روان شناس پزشک	سخنرانی + پرسش و پاسخ + ارائه کتابچه آموزشی	۹۰-۶۰ دقیقه
جلسه چهارم	گروه های اجتماعی و تقویت حمایت جمعی	اهمیت هر انسان از دیدگاه خانواده، دوستان و جامعه - نقش شبکه ها و گروه های منفی در ترغیب فرد به سوء مصرف مواد - اهمیت توجه به مهارت های زندگی اساسی مانند تصمیم گیری قاطع - تأثیر دوستان و گروه های دوستی در تشویق فرد برای ترک سوء مصرف - تأثیر خانواده، همسر و فرزندان در تشویق فرد برای ترک سوء مصرف - تأثیر همکاران، محیط کاری و جمعی در تشویق فرد برای ترک سوء مصرف	مریم ایلداری روان شناس پزشک	سخنرانی کوتاه + کارگاه + پرسش و پاسخ + پخش مصاحبه از خانواده + ایفای نقش	۹۰-۶۰ دقیقه
جلسه پنجم	بررسی انگیزه های ترک مواد به همراه مشاوره خصوصی	بیان و معرفی تجارب افراد موفق در زمینه ترک سوء مصرف - تحلیل روایت های مختلف از سرنوشت افراد قبل و بعد از ترک سوء مصرف - تحلیل نقاط ضعف و قوت برنامه های ترک خودسرانه - مشاوره فردی تلفنی یا حضوری	مریم ایلداری روان شناس پزشک	مشاهده فیلم + داستان گوئی + سخنرانی کوتاه + پرسش و پاسخ + مشاوره فردی	۹۰-۶۰ دقیقه



مقدمه

مروری بر منابع

مواد و روش ها

نتایج و بحث

نتیجه گیری

پیشنهادهات

## یافته ها

خصوصیات دموگرافیک و زمینه‌ای متقاضیان ترک وابستگی به مواد شرکت کننده در پژوهش ( $n=195$ )

متغیر مورد بررسی	زیر گروه	فراوانی	درصد
وضعیت تاهل	متاهل	۷۹	۴۰/۵۱
	مجرد	۵۶	۲۸/۷۲
	مطلقه	۲۵	۱۲/۸۲
وضعیت اشتغال	بیوه	۳۵	۱۷/۹۵
	بیکار	۲۱	۱۰/۷۷
	کارمند	۸	۴/۱۰
	آزاد	۱۱۵	۵۸/۹۷
سطح تحصیلات	کشاورز	۴۹	۲۵/۱۳
	سایر موارد	۲	۱/۰۳
	ابتدایی	۵۵	۲۸/۲۱
	راهنمایی	۷۹	۴۰/۵۱
	دبیرستان و دیپلم	۵۷	۲۹/۲۳
وضعیت اقتصادی	دانشگاه	۴	۲/۰۵
	عالی	۷	۳/۵۹
	خوب	۲۸	۱۴/۳۶
	متوسط	۱۰۳	۵۲/۸۲
نوع حوادث ناگوار در یک سال گذشته	ضعیف	۵۷	۲۹/۲۳
	اقتصادی	۳۶	۱۸/۴۶
	خانوادگی	۲۵	۱۲/۸۲
	مرگ	۵۹	۳۰/۲۶
	بیکاری	۱۱	۵/۶۴
	مهاجرت	۲	۱/۰۳
	جرم و زندانی	۶	۳/۰۷
	بیماری	۱۳	۶/۶۷
	بدون حادثه خاص	۴۳	۲۲/۰۵



مقدمه

مروری بر منابع

مواد و روش ها

نتایج و بحث

نتیجه گیری

پیشنهادهات

## خصوصیات دموگرافیک و زمینه‌ای متقاضیان ترک وابستگی به مواد شرکت کننده در پژوهش (n=۱۹۵)

متغیر مورد بررسی	زیر گروه	فراوانی	درصد
نوع مواد مصرفی	تریاک	۱۳۳	۶۸/۲۱
	هروئین	۴۷	۲۴/۱۰
	شیشه	۱۰	۵/۱۲
	روانگردان	۳	۱/۵۴
	سایر موارد	۲	۱/۰۳
دفعات ترک	صفر	۱۲۵	۶۴/۱۰
	یک بار	۳۳	۱۶/۹۲
	دو بار	۲۷	۱۳/۸۵
	۳ بار و بیشتر	۱۰	۵/۱۳
هزینه مصرف روزانه	۱۰-۵ هزار تومان	۶۷	۳۴/۳۶
	۲۰-۱۰ هزار تومان	۴۳	۲۲/۰۵
	۳۰-۲۰ هزار تومان	۳۵	۱۷/۹۵
	۴۰-۳۰ هزار تومان	۲۸	۱۴/۳۶
	۵۰-۱۰۰ هزار تومان	۱۹	۹/۷۴
	بیش از ۱۰۰ هزار تومان	۳	۱/۵۴
سابقه مصرف مواد در اعضای خانواده	بلی	۵۹	۳۰/۲۶
	خیر	۱۳۶	۶۹/۷۴
سابقه مصرف مواد در دوستان نزدیک	بلی	۷۳	۳۷/۴۴
	خیر	۱۲۲	۶۲/۵۶

تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر مراحل تغییر بر انگیزه ترک ، مقبولیت اجتماعی و اجبار متصور برای تکمیل درمان ترک مواد ۲۱



مقدمه

مروری بر منابع

مواد و روش ها

نتایج و بحث

نتیجه گیری

پیشنهادهات

مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره کل مقبولیت اجتماعی در متقاضیان شرکت کننده در گروه های تجربی و کنترل قبل و بعد از مداخله آموزشی تئوری محور

نام مقیاس	مقطع اندازه گیری	گروه تجربی (n=۵۵)	گروه کنترل (n=۵۵)	سطح معنی داری
		میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار	
مقبولیت اجتماعی	قبل از مداخله	۹/۶۹ $\pm$ ۱/۶۴	۹/۳۵ $\pm$ ۱/۹۵	۰/۵۳۰
	بعد از مداخله	۱۵/۳۳ $\pm$ ۴/۸۱	۹/۶۹ $\pm$ ۱/۸۶	P<۰/۰۰۱
	P قبل و بعد	P<۰/۰۰۱	P = ۰/۱۴۱	

❑ یکی از مهم ترین یافته های پژوهش حاضر افزایش معنی دار میانگین متغیر مقبولیت اجتماعی در متقاضیان ترک شرکت کننده در گروه تجربی بعد از مداخله آموزشی مبتنی بر مراحل آمادگی برای تغییر بود.

❑ نتایج مطالعه حاضر از حیث بهبود متغیر پذیرش اجتماعی با نتایج مطالعات قبلی همچون پژوهش سبزشمنش جعفری (۲۰۱۹)، تئودوروس و پائول (۲۰۱۵)، مطالعه مودی (۲۰۱۷) و پژوهش مهران فر و سلطانی (۲۰۲۰) در یک راستا بود.

❑ **یکی از مهمترین علل آغاز سوء مصرف مواد مخصوصاً در جوانان و نوجوانان** سرخوردگی های ساختاری، خانوادگی، هویتی، فرهنگی و محیطی می باشند. عدم رسیدگی به خواسته های عاطفی آنان توسط اجتماع و عدم پذیرش از طرف آنها از علل گرایش آنها به مواد است. **بنابراین:** مداخلات رفتاری، آموزشی و پیشگیرانه سعی دارد **با تعریف مجدد از :**

❑ ارزش ها، تاکید بر مسئولیت پذیری، شناسایی خصوصیات و ویژگی های مثبت شخصیت اجتماعی و بازسازی تصور فرد از برداشت و انتظارات دیگران مجدد این فرصت را در اختیار افراد قرار دهد تا با بهبود تصور ذهنی خود از پذیرش اجتماعی توسط اعضای خانواده، همسر، دوستان، محیط های کاری و سایر نهادهای رسمی و غیررسمی اجتماعی، مسیر تداوم درمان سوء مصرف مواد را ادامه دهند.

تاثیر مداخله آموزشی مبتنی بر مراحل تغییر بر انگیزه ترک، مقبولیت اجتماعی و اجبار متصور برای تکمیل درمان ترک مواد ۲۲



مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره کل انگیزه برای درمان و خرده مقیاس های مرتبط با آن در متقاضیان شرکت کننده در گروه های تجربی و کنترل قبل و بعد از مداخله آموزشی تئوری محور

نام مقیاس	مقطع اندازه گیری	گروه تجربی (n=55) میانگین $\pm$ انحراف معیار	گروه کنترل (n=55) میانگین $\pm$ انحراف معیار	سطح معنی داری
انگیزه درونی	قبل از مداخله	31/76 $\pm$ 4/82	30/75 $\pm$ 5/84	0/330
	بعد از مداخله	46/51 $\pm$ 7/93	31/24 $\pm$ 4/69	P<0/001/
	P قبل و بعد	P<001		0/280
انگیزه بیرونی	قبل از مداخله	18/87 $\pm$ 3/49	18/11 $\pm$ 2/54	0/192
	بعد از مداخله	30/75 $\pm$ 4/67	18/37 $\pm$ 2/09	P<0/0001
	P قبل و بعد	P<0/001		0/113
جستجوی کمک بین فردی	قبل از مداخله	20/33 $\pm$ 1/26	20/02 $\pm$ 1/72	0/284
	بعد از مداخله	32/13 $\pm$ 5/94	20/53 $\pm$ 2/45	P<0/001
	P قبل و بعد	P<0/001		0/078
اطمینان به درمان	قبل از مداخله	15/07 $\pm$ 1/44	14/94 $\pm$ 1/88	0/071
	بعد از مداخله	27/8 $\pm$ 2/86	14/96 $\pm$ 2/70	P<0/001
	P قبل و بعد	P<0/001		0/153/0
نمره کل انگیزه ترک	قبل از مداخله	86/04 $\pm$ 9/50	83/38 $\pm$ 8/71	P<0/001
	بعد از مداخله	136/04 $\pm$ 10/29	84/58 $\pm$ 7/28	
	P قبل و بعد	P<0/001		

□ بهبود میانگین نمره کل انگیزه برای ترک سوء مصرف مواد بعد از مداخله مبتنی بر مراحل آمادگی برای تغییر در متقاضیان گروه تجربی با نتایج مطالعات قبلی آلد میر (2018)، بنی یعقوب (2018)، کاستین 2019 همسو است.

□ درصد ترک موفق ارتباط مثبت و معنی داری با سطح انگیزه فردی برای ترک دارد.

□ انگیزه برای درمانجویی: با تشکیل گروه های حمایتی، جلب حمایت اجتماعی از سوی دیگران مهم و بانفوذ مخصوصاً اعضای خانواده (همسر، فرزندان) دوستان نزدیک، همکاران، مدیران و سرپرستان در محیط های کاری و نمایش الگوهای ترک موفق، افزایش عزت نفس و توان مقابله با مشکلات بوسیله حمایت های عاطفی میسر است.





## مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره کل اجبار درک شده و خرده مقیاسهای مرتبط با آن در متقاضیان شرکت کننده در گروههای تجربی و کنترل قبل و بعد از مداخله آموزشی تئوری محور

نام مقیاس *	مقطع اندازه گیری	گروه تجربی (n=55) میانگین $\pm$ انحراف معیار	گروه کنترل (n=55) میانگین $\pm$ انحراف معیار	سطح معنی داری
اجبار درک شده	قبل از مداخله	$10/16 \pm 2/40$	$49/9 \pm 2/05$	$0/610$
	بعد از مداخله	$17/20 \pm 3/42$	$10/81 \pm 2/16$	$P < 0/001$
	P قبل و بعد	$P < 0/001$	$0/406$	
فشارهای منفی	قبل از مداخله	$11/22 \pm 2/91$	$10/42 \pm 2/91$	$0/116$
	بعد از مداخله	$21/42 \pm 3/83$	$10/73 \pm 2/74$	$P < 0/001$
	P قبل و بعد	$P < 0/001$	$0/191$	
ندهای جبری	قبل از مداخله	$7/92 \pm 1/68$	$8/40 \pm 1/92$	$0/172$
	بعد از مداخله	$10/85 \pm 2/11$	$8/76 \pm 2/06$	$P < 0/001$
	P قبل و بعد	$P < 0/001$	$0/144$	
نمره کل اجبار متصور	قبل از مداخله	$29/31 \pm 4/46$	$28/78 \pm 3/87$	$0/509$
	بعد از مداخله	$49/47 \pm 5/49$	$29/13 \pm 4/15$	$P < 0/001$
	P قبل و بعد	$P < 0/001$	$0/433$	

□ تاثیر معنی دار مداخله آموزشی مبتنی بر مراحل آمادگی برای تغییر بر میانگین نمره کل متغیر اجبار متصور و خرده مقیاس اجبار درک شده، فشارهای منفی و ندهای جبری در متقاضیان ترک شرکت کننده در گروه تجربی بود با نتایج مطالعات قبلی پرندرگاست (۲۰۱۸)، هوک (۲۰۱۸)، توفیقی (۲۰۱۷) انطباق داشت.

□ شایع ترین علت ترک ترکیبی از عوامل: مشکلات مالی برای تهیه مواد، عوارض جسمی روانی مصرف مواد، مشکلات اجتماعی، اقدام به ازدواج، استخدام و پافشاری خانواده برای ترک است. **اما اهمیت عوامل فردی مانند:** نوع ماده مصرفی، دردهای مقاوم بدن، سیگار کشیدن و مشغولیت ذهنی بعد از ترک بیشتر از عوامل برون فردی در عود موثر بوده است بنابراین برای عود تنها وجود یک عامل کافی نیست بلکه مجموعه ای از عوامل، علی الخصوص عوامل فردی با نسبت های متفاوت باعث روی آوردن مجدد به اعتیاد می شود.

□ تاکید بر مستعد بودن هر فرد معتاد در مقابل پیامدهای منفی و مضرات ناشی از سوء مصرف مواد و جدیت و شدت ناشی از این پیامدها باید بعنوان یک جزء ضروری از برنامه ها و مداخلات آموزشی مد نظر قرار بگیرد. و در کنار افزایش تهدید می بایست به راهکارهای افزایش کارآمدی نیز توجه داشت تا نتایج معکوس حاصل نگردد.





## مقایسه توزیع فراوانی مراحل آمادگی برای تغییر و ترک سوء مصرف مواد در متقاضیان شرکت کننده در گروه های تجربی و کنترل قبل از مداخله آموزشی تئوری محور

متغیر مورد بررسی	مرحله آمادگی	گروه تجربی (n=۵۵) فراوانی (درصد)	گروه کنترل (n=۵۵) فراوانی (درصد)	P بین دو گروه
مراحل تغییر قبل از مداخله	پیش تفکر (۱)	۲۶ (۴۷/۲۷)	۲۳ (۴۱/۸۲)	Z = -۰/۶۲۲ P = ۰/۵۳۴
	تفکر (۱)	۱۹ (۳۴/۵۵)	۲۰ (۳۶/۳۶)	
	قصد (۱)	۱۰ (۱۸/۱۸)	۱۲ (۲۱/۸۲)	
	اجرا (۱)	۰ (۰)	۰ (۰)	
	نگهداشت (۱)	۰ (۰)	۰ (۰)	
مراحل تغییر بعد از مداخله	پیش تفکر (۲)	۵ (۹/۰۹)	۲۱ (۳۸/۱۸)	Z = -۶/۰۴۳ P < ۰/۰۰۱
	تفکر (۲)	۶ (۱۰/۹۱)	۲۰ (۳۶/۳۶)	
	قصد (۲)	۲۱ (۳۸/۱۸)	۱۳ (۲۳/۶۴)	
	اجرا (۲)	۱۸ (۳۲/۷۳)	۱ (۱/۸۲)	
	نگهداشت (۲)	۵ (۹/۰۹)	۰ (۰)	
	P قبل و بعد (۲)	۳۳۵ Z = -۶/۳۳۵	۸۹۰ Z = -۱/۸۹۰	
		P < ۰/	P = ۰/۰۶۹	

آخرین یافته پژوهش کنونی تغییر مثبت مراحل آمادگی متقاضیان ترک گروه تجربی و پیشرفت آن از مراحل غیر فعال (پیش تفکر، تفکر و آمادگی) به مراحل فعال (اجرا و نگهداشت) بعد از مداخله آموزشی تئوری محور بود.

به طوری که بعد از مداخله تقریباً ۴۰ درصد از متقاضیان ترک گروه تجربی **مراحل فعال آمادگی**: به ترتیب ۳۲/۷۳ درصد (۱۸ نفر) و ۹/۰۹ درصد (۵ نفر) مراحل تغییر خودشان را **اجرا و نگهداشت** گزارش کردند و تعداد افراد حاضر در مراحل پیش تفکر و تفکر نیز به طور معنی داری کاهش یافت.

در حالی که قبل از مداخله تمامی متقاضیان در **مراحل غیر فعال**: ۴۷/۲۷ درصد (۲۶ نفر پیش تفکر)، ۳۴/۵۵ درصد (۱۹ نفر تفکر) و ۱۸/۱۸ درصد (۱۰ نفر قصد) بودند.

□ نتایج پژوهش از حیث تغییر مراحل آمادگی با یافته‌های پژوهش‌های گذشته جعفری نژاد (۲۰۱۵)، سیو (۲۰۱۸)، گویدیش (۲۰۱۶) همسو است.

□ در مدل مراحل تغییر، خودتنظیمی با بررسی میزان غلبه بر وسوسه مراجع به انجام رفتار مشکل‌ساز و میزان خودداری از انجام آن رفتار در برابر وسوسه‌ها ارزیابی شده است. اهمیت مدل مراحل تغییر برای درمان اعتیاد به قدری است که در طول سی سال گذشته کمتر مدلی را می‌توان یافت که به اندازه آن بر درمان اعتیاد تأثیر گذاشته باشد.

□ کاربرد درمانی این مدل تبیینی این است که به اصلاح نظام شناختی و انگیزشی فرد اهمیت بیشتری داده شود نه اینکه از او خواسته شود تا در مقابله با موقعیت‌های پر خطر از آنها اجتناب نماید؛ چون بسیاری از موقعیت‌ها اجتناب ناپذیرند. پس با ایجاد تغییرات انگیزشی، شناختی و رفتاری بر اساس مدل TTM که مدل مناسبی به نظر می‌رسد، می‌توان نتایج بهتری در درمان معتادین کسب کرد.

□ به طور کلی، اجرای برنامه‌های ارتقاء سلامت به طور مؤثر و کارآمد نیازمند مداخلاتی تئوری محور است. نتایج مداخله حاضر نشان داد اگر متناسب با وضعیت هر فرد نوع خاصی از مداخله تدارک دیده شود، تغییرات مؤثرتر رخ خواهد داد. همچنین، نتایج بیان می‌کنند که برنامه‌ریزی در شرکت کنندگانی مؤثرتر است که قبلاً تصمیم به تغییر رفتار مد نظر داشته باشند.

□ از آنجا که اعتیاد نیز همانند بسیاری از رفتارهای بهداشتی اجتماعی دیگر، رفتاری چندعاملی است و عوامل متعددی بر آن مؤثر است لذا به منظور ایجاد تغییرات ماندگار در رفتار مذکور، درگیری خانواده و جامعه ضروری است. آموزش از طریق رسانه‌های جمعی، آموزش در مدارس و دانشگاه‌ها به همراه آموزش‌های عمومی و جامعه محور و پایه باعث وجود آوردن الگوهای مثبت و تغییر باورهای کلیشه‌ای در ارتباط با ممکن نبودن ترک مواد ضروری است و البته همواره نیازمند حمایت و سیاست‌گذاری‌های دقیق حوزه سلامت و سیاست برای پیشبرد اهداف مذکور هستیم.

## محدودیت ها

- ❑ محدودیت زمانی جهت انجام دفعات پیگیری و تکرار اندازه گیری ها برای تاثیر مداخله آموزشی بر دوام رفتار ترک و تدام درمان
- ❑ تورش خود گزارشی و استفاده از ابزارهای مکمل دیگر مانند آزمایش ادرار و ارزیابی مونوکسید کربن بازدمی بعنوان روش موازی در مطالعات آینده
- ❑ استفاده از تعداد نمونه های بیشتر و همچنین کاربرد مدل ها و تئوری های مختلف و مقایسه آنها
- ❑ تاثیر گذاری رسانه های مختلف، ویژگی های شخصیتی، روحی و روانی، باورها و عقائد که بر نتایج پژوهش اجتناب ناپذیر است
- ❑ امکان برهمپوشانی و تبادل اطلاعات بین گروه های تجربی و کنترل به دلایلی همچون کنجکاوی
- ❑ عدم وجود بسته های آموزشی معتبر که مستقیماً با تقویت حمایت اجتماعی، اجبار متصور و تمایل اجتماعی ارتباط داشته باشند
- ❑ افت نسبی مشارکت فعال بعضی از آزمودنی ها در جلسات آموزشی که با پیگیری مداوم و مستمر پژوهشگر و تماس با اعضای خانواده، همسر یا دوستان آنان جهت ترغیب و تشویق آنان به ادامه شرکت در کلاسهای آموزشی، این محدودیت کنترل شد.
- ❑ آزمودنی ها در پژوهش حاضر فقط از شهر ماسال انتخاب شدند که ویژگی های خاص فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و غیره دارد و بنابراین در هنگام تعمیم نتایج باید محتاط بود.

## نتیجه گیری و پیشنهادات

نتایج مطالعه حاضر نشان دهنده تاثیر مثبت و معنی داری مداخله آموزشی مبتنی بر مدل مراحل تغییر بر مقبولیت اجتماعی، انگیزه برای ترک (انگیزه درونی، انگیزه بیرونی، جستجوی کمک بین فردی و اطمینان به درمان)، اجبار متصور (اجبار درک شده، فشارهای منفی و ندهای جبری) و نهایتاً بهبود مراحل آمادگی روانی متقاضیان ترک شرکت کننده در گروه تجربی از مراحل غیر فعال (پیش تفکر، تفکر و آمادگی) به مراحل فعال (اجرا و نگهداشت) بود.

**لذا توصیه می شود** در کنار استفاده از روش های دارویی، مشاوره های فردی روان شناختی ترک اعتیاد، آشنایی با چارچوب الگوهای تغییر رفتار به ویژه مدل مراحل تغییر در کوریکولوم درسی متخصصان علوم بهداشتی خصوصاً دانشجویان پزشکی عمومی، بهداشت عمومی، روانشناسی بالینی که بستر متفاوت، دفعات و زمان های بیشتری را در مقایسه با سایر متخصصان با بیماران سپری میکنند، گنجانده شود.

## پیشنهادهات:

**در راستای اجرای مطالعات دقیق تر و بهتر و با استناد به نقاط ضعف و قوت پژوهش حاضر موارد زیر بعنوان پیشنهاد ارائه می شود:**

- طراحی مطالعه در چندین گروه تجربی که در هر گروه از یکی از مدل ها یا تئوری های تغییر رفتار و آموزش بهداشت مانند تئوری رفتار برنامه ریزی شده، الگوی اعتقاد بهداشتی، مدل ارتقاء سلامت پندار و مدل رویکرد فرایند اقدام بهداشتی به منظور تدوین ابزار ارزیابی نتایج و محتوای آموزشی .



## پیشنهادهات

- ☐ ارزیابی نتایج و پیامدهای مداخلات و مطالعات تجربی و سنجش اثربخشی آنها با اندازه گیری های مکرر در فواصل زمانی ۳، ۶ و ۱۲ ماهه
  - ☐ طراحی مداخلات پیشگیرانه مبتنی بر مدل مراحل تغییر به منظور پیشگیری از استعمال سیگار و مواد روانگردان در مدارس و دانشگاه ها و در جمعیت نوجوانان و جوانان.
  - ☐ ارزیابی و تعیین مهم ترین متغیرهای روانشناختی موثر بر تمایل جوانان و نوجوانان به سوء مصرف مواد بعنوان گام اصلی و اساسی تدوین مداخلات آموزشی.
  - ☐ ارزیابی و تعیین مهم ترین متغیرهای روانشناختی موثر بر تداوم روند ترک و درمان سوء مصرف مواد بعنوان گام اصلی و اساسی تدوین مداخلات آموزشی ترغیب کننده.
  - ☐ شناسایی و تعیین نقش عوامل بین فردی و گروه های حمایت کننده مانند خانواده، دوستان، همکاران و جامعه در گرایش و تمایل برای ترک و تداوم روند درمان سوء مصرف مواد.
- از نکات قوت پژوهش حاضر ارائه برنامه های آموزشی و مداخله ای متناسب شده براساس مرحله تغییر افراد می باشد، تمام شرکت کنندگان در شروع مطالعه در مرحله غیرفعال بودند. نکته دیگر آموزش متناسب شده براساس نیازهای منحصر به فرد با توجه به اطلاعات به دست آمده در ارزیابی پایه در حین اجرای برنامه بود. تحقیقات نشان داده اند که بسیاری از مداخلات سازگار شده با نیازهای افراد، در مقایسه با مداخلات عمومی مؤثرتر بوده و سریعتر به ایجاد و تغییر رفتار نایل شدند.

### پایان



## سپاس از توجه شما

